n° 57
Juin 2008

POUR LA RECHERCHE

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

8 €

http://psydoc-fr.broca.inserm.fr

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

Editorial

- Bernard GOLSE* -

Sommaire

◆ Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques (3)
- Point sur le pôle autisme



Directeur de la Publication :
Dr O. Lehembre
Rédacteur en chef :
Dr J-M Thurin

Comité de Rédaction :
Dr M.C. Cabié,
Dr M. Falk-Vairant,
Dr J. Garrabé,
Dr N. Garret-Gloanec,
M. Thurin, M. Villamaux

PLR électronique,
Comité Technique
J.M. et M. Thurin,
D. Vélea, M. Villamaux

● Je suis particulièrement heureux de pouvoir dire ici que le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques, mis en place par l'INSERM, sous l'égide de l'Unité 669 de Bruno Falissard et de la Fédération Française de Psychiatrie (grâce à l'énergie remarquable de Monique et Jean-Michel Thurin) est aujourd'hui en marche, et que ceci nous ouvre désormais des perspectives extrêmement stimulantes et intéressantes.

Ceci est en particulier le cas pour le pôle « autisme » que j'ai le plaisir et l'honneur de coordonner avec Geneviève Haag et Catherine Barthélémy, groupe qui réunit des praticiens d'horizons variés, à la fois libéraux et institutionnels qui pourront ainsi, progressivement, réfléchir à l'évaluation de leurs pratiques sans en modifier ou en pervertir ce qui en fait le vif, à savoir l'attention portée à la qualité de la rencontre interhumaine du thérapeute et de son patient.

Les problèmes de l'évaluation en pédopsychiatrie sont, on le sait, spécifiques et réellement difficiles : la disparition ou l'atténuation des symptômes ne suffit pas (car la fuite dans la guérison y est fréquente, économiquement utile à la triade parents-enfant), les modifications structurales ne sont pas simples à apprécier chez des sujets qui ne se trouvent pas seulement en évolution mais en formation (c'est-à-dire en cours de structuration, précisément), et, enfin, la souffrance psychique peut s'avérer délicate à appréhender chez des enfants parfois en manque de verbalisation et dont le malaise ou le mal-être psychiques s'expriment principalement par le corps ou le comportement (d'où le nécessaire recours au contre-transfert du praticien afin de pouvoir en rendre compte).

A ceci s'ajoutent les difficultés propres à tout processus d'évaluation des psychothérapies, toujours écartelé entre le risque de données manquantes en cas de recherche rétrospective, et celui de l'impact de l'évaluation elle-même sur les phénomènes observés en cas de recherche prospective.

Ceci pour dire que cette recherche en cours - bien évidemment prospective - revêt, de fait, un statut de recherche-action, ce qui est en réalité heureux dans ce champ particulier des psychothérapies où il est même souhaitable que le processus d'évaluation puisse concourir, à sa manière, à l'amélioration de la qualité des pratiques.

J'ajoute d'ailleurs que si la pesée subjective de l'évaluation sur le processus psychothérapeutique est toujours incontournable, sa pesée objective est ici réduite à son strict minimum puisqu'il s'agit d'une étude en conditions naturelles qui n'impose aux praticiens aucune acrobatie tactique ou stratégique quelconque.

L'une des originalités de cette recherche est la constitution de trios de thérapeutes (ou de référents principaux de l'enfant) qui, une fois par trimestre, se réuniront pour coter ensemble une séance récente de thérapie ayant fait l'objet d'un compte-rendu écrit, chaque praticien trouvant ainsi une fonction de tiers auprès des deux autres membres du trio.

Les enfants autistes recrutés verront leur diagnostic validé par les outils reconnus par la communauté internationale dans ce champ (CIM 10, ADI[1], CARS[2]…), et il peut s'agir aussi bien d'enfants en début de traitement, qu'en cours ou en fin de traitement.

Le recours à la grille d'émergence autistique de G. Haag et coll., à l'ECAR-T[3], ainsi que l'utilisation du CPQ[4] permettront une approche trimestrielle, non seulement des principales manifestations, mais également du monde interne des enfants étudiés, de leurs modalités de fonctionnement psychique ainsi que du type d'interventions des thérapeutes, ce qui repré-

Suite Edito de Bernard Golse p 8

Entretien avec Geneviève Haag et Catherine Barthélémy

Jean-Michel Thurin - Merci Geneviève et Catherine d'avoir accepté cet entretien. Vous êtes deux personnes centrales dans le champ de l'autisme. Ce numéro de *PLR* a l'objectif de réunir des éléments qui seront utiles pour chacun des cliniciens qui se sont engagés dans le *Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques* ou qui sont tout simplement intéressés par ce qui va se faire autour du pôle autisme. Il nous a semblé important de recueillir votre expérience. En effet, quel est le contexte qui vous a conduites, l'une et l'autre à associer la recherche à la démarche clinique ? Qu'est-ce qui vous a conduites à consacrer une partie importante de votre vie à l'autisme ? Qu'en avez-vous appris et qu'attendez-vous du Réseau ?

Geneviève Haag - Ce parcours a commencé pour moi au milieu des années 60 quand j'ai du prendre un poste dans un IMP pour gagner ma vie, parallèlement à mon cursus hospitalier, externat-internat en banlieue, dans une association semi publique. C'était un établissement ouvert avec le soutien du Pr Duché pour accueillir de jeunes autistes et surtout des autistes déficitaires et des polyhandicapés qui étaient nombreux dans les lits des hôpitaux. Je me suis trouvée à participer à l'accueil de ces enfants, j'ai commencé par avoir une fonction de pédiatre pour surveiller leur santé physique, mais assez vite j'ai pris une fonction de psychiatre. Je finissais à ce moment là ma thèse. C'était un établissement de 100 lits avec trois sections d'une trentaine d'enfants et qui démarrait avec un idéal éducatif qui s'articulait avec des méthodes éducatives inspirées par une certaine demoiselle Lepage à la Salpétrière qui faisait école, c'était une précurseur du Teacch*. Chaque enfant avait une rééducatrice attitrée qui le prenait une heure en séance individuelle journalièrement ou dans des petits groupes. Il y avait donc un travail éducatif important. C'est dans cet établissement qu'a été créée la fonction d'Aide Medico Psychologique (AMP).

Nous avions donc ce spectacle d'enfants à fortes composantes autistiques, dont un certain nombre déficitaires et d'autres moins déficitaires mais très autistes. J'ai pu observer à ce moment là une floraison de comportements stéréotypés. Je me suis interrogée sur cette énigme des stéréotypies des enfants. Nous étions en 1967. J'ai tenté, parallèlement au travail éducatif, un abord psychothérapique en prenant des enfants en séances individuelles, puis j'ai fait ma thèse de médecine et mon mémoire de psychiatrie sur les stéréotypies. A l'époque, je n'ai pu faire qu'un travail de classement d'après leur forme, d'après leur implication tonique (hypertonie, extension,…). J'avais repéré que les conduites en extension sont beaucoup plus primitives et signent des états plus graves que celles en flexion, ce qui se recoupe avec les travaux de Bullinger.

Dans les tentatives de psychothérapie, je me suis aperçue que les enfants racontaient quelque chose avec un langage non verbal ; j'ai essayé de décrypter ce langage pré verbal. Peut-on faire un travail psychothérapique avec des enfants sans langage ? C'était réfuté à l'époque (on confiait les enfants sans langage aux psychomotriciens, les psychothérapeutes n'intervenaient que quand les enfants parlaient), mais j'ai eu le sentiment très fort qu'il ne fallait pas que les psychanalystes attendent le langage verbal pour décrypter quelque chose et pour faire des interprétations qui, elles, peuvent être entendues. Je m'apercevais que ces enfants avaient une compréhension du langage que l'on ne soupçonnait pas, surtout quand on leur parlait de ce qui les préoccupait. J'ai créé un groupe de travail dans les années 1970 avec l'aide de James Gammill, psychanalyste américain ayant reçu l'enseignement direct de M. Klein et qui est venu en France en 1967. En 1971, il nous a introduit à rencontrer Esther Bick pour l'observation du nourrisson et Francès Tustin. Ce fut un grand virage, une grande rencontre. Esther Bick, au pré congrès de Londres, présentait un commentaire sur l'observation du nourrisson avec une description très fine de la gestuelle. J'ai pensé « voilà la clef ». Dans la bibliothèque de la Tavistock clinic, j'ai lu immédiatement son article sur la peau, je l'ai traduit et présenté à l'institut Claparède. Cela a été écouté avec intérêt, puis ensuite enfoui pendant 10 à 15 ans. La même année, nous avons demandé à rencontrer F. Tustin qui publiait ses premiers livres et qui avait une grande expérience des psychothérapies individuelles avec les enfants sans langage. Elle décrivait les angoisses autistiques, les défenses qui s'entrecroisaient avec le travail d'E. B. sur les agrippements premiers et parlait de son fameux « s'agripper pour survivre » qu'elle enseignait comme une toute première réaction après la naissance face à cette énorme nouveauté sensorielle, l'impression de chute.

Un peu plus tard, en 1974, il y a eu la rencontre avec Meltzer qui pendant 5 ans a fait un séminaire hebdomadaire sur 5 cas d'autisme vus 4 fois par semaine en psychothérapie individuelle. Le séminaire a donné naissance à son livre « *Exploration in autism* ». Nous avons travaillé avec lui 2 à 3 fois par an. Son gros apport est la description du démantèlement de l'appareil sensoriel lié à un relâchement de l'attention. Sa préoccupation était les mécanismes obsessionnels post autisme. Sa description du principal mécanisme autistique est la suivante : la consensualité est rassemblée par l'attention dans la relation ; le démantèlement est le relâchement de l'attention qui permet d'aller s'agripper en périphérie sur une seule sensorialité. Avant cette rencontre, en référence à R. Spitz, j'avais appelé cela « dissociation des éléments de la cavité primitive », en relation alors à la schizophrénie. Meltzer m'a demandé de traduire son livre (1980). Ce trio de psychanalystes anglais a beaucoup soutenu notre travail.

A Paris, Didier Houzel (interne chez Soulé) se posait les mêmes questions. Nous avons décidé de faire un séminaire qui a duré pendant 20 ans, une fois par mois, sur les cas graves et les autistes. On nous appelait « La petite école kleinienne de la rue de Rennes ». Nous faisions un travail sur le décryptage du langage corporel. Tustin avait pas mal avancé sur la découverte des gros troubles de l'image du corps. À la fin des années 70, j'ai eu l'impression de faire une découverte quand une fillette m'a montré que l'on pouvait avoir les deux cotés du corps non attachés. J'ai mis plusieurs mois à comprendre sa démonstration. Lorsque je l'ai comprise et interprétée, la démonstration de l'enfant a cessé. Je lui ai simplement dit « Tu me dis que tu as peur de ne pas être bien collée au milieu ? ». Elle a arrêté immédiatement sa démonstration qui durait depuis trois mois dans une répétition, trois fois par semaine. Cela a été le point de départ de la réflexion sur les identifications à l'intérieur du corps et la formation de l'image du corps qui semblait être une construction psychique première dans un jeu identificatoire, une construction psychocorporelle qui est à considérer en termes identificatoires dans une certaine symbolisation primaire du corps qui devient le corps propre ou pas. La principale découverte de notre groupe s'est enrichie de beaucoup d'observations, des travaux sur le moi corporel et de leurs entrecroisements avec les autres champs de recherche.

Un premier réseau Inserm sur l'autisme a permis, entre les années 87-95, de réaliser à partir d'un petit groupe de dix thérapeutes, issus des séminaires mentionnés, la grille** que nous proposons. C'est d'ailleurs à la fin du 2ème réseau que je l'ai présentée sous forme d'un poster montrant l'essentiel

des grands axes. Cela ne partait pas d'une théorie préalable, mais d'un va et vient entre ce que présentaient ces enfants en langage préverbal ou verbal et ce que nous observions dans le développement en reprenant l'observation naturaliste des bébés. Par exemple, le premier sentiment d'enveloppe est un sentiment d'entourance qui participe à une première représentation du corps circulaire ou sphérique que je vois comme une géométrie primaire. Dès qu'un enfant a formé cette représentation, il la mime et regarde tout de suite les formes similaires du décor.

JMT - Qu'attends-tu du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques ?

GH - Comme la grille va être utilisée dans les études de cas du réseau pour repérer le développement de l'enfant dans 8 dimensions, j'attends que cet outil serve pour le repérage des évolutions et que l'on montre que les collègues de formation psychanalytique peuvent apporter quelque chose du coté des régulations émotionnelles. Leur action se fait à partir des interprétations mais aussi à partir d'un temps d'attention suffisant donné aux enfants et des accompagnements que les enfants comprennent bien et dont ils sont même friands, notamment au cours de leurs angoisses corporelles. Un autre intérêt est de repérer quels sont les agents de changement. Une des richesses du réseau se tient dans la participation de psychothérapeutes utilisant des approches différentes et qui acceptent de travailler ensemble.

JMT - Qu'entends-tu par interprétation ?

GH - Par exemple, lorsque la petite fille nous fait sentir que son corps se détache, nous essayons de repérer les moments qui déclenchent les stéréotypies qui accompagnent cette manifestation, nous essayons de comprendre ce qui s'est passé juste avant dans la situation : un débordement émotionnel, une contrariété,... ? Nous essayons d'interpréter la cause du moment d'angoisse. Ensuite cela se complexifie lorsqu'ils sont un peu plus construits. Il y a des conflits, notamment avec le thérapeute, des frustrations, des rivalités. Il s'agit alors d'interpréter pour donner une compréhension à la poussée destructrice, par exemple. On passe du temps à « déverrouiller », mais au milieu il reste un besoin de maîtrise et d'hyperpuissance, à cause des angoisses préalables de chute, d'intolérance à l'inattendu. Lorsqu'ils construisent l'étape de l'analité, ils cherchent à emprisonner l'autre, à jouer les tyrans, cela on le travaille assez fort.

JMT - L'interprétation décrit donc ici la cause du moment d'angoisse et éventuellement son caractère confictuel. Cela devrait s'exprimer dans les interactions avec le thérapeute qui est pris dans une scène particulière ?

GH - Oui, cela sera pris en compte par le CPQ***.

JMT - Il semble que le vécu implique de façon importante le cognitif par les représentations et, d'autre part, les relations et l'émotion, dans la situation que l'on occupe par rapport à l'autre. C'est intéressant l'idée que les stéréotypies puissent apparaître dans une relation conflictuelle ou de jalousie alors qu'au départ nous étions dans quelque chose qui concernait le sentiment d'existence.

GH - Là, c'est quand même lorsqu'ils sont plus évolués mais on peut voir aussi des stéréotypies anciennes réapparaitre au moment de changements profonds, au passage d'une étape. Il faut prendre en compte ces étapes et bien les comprendre.●

* TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren [Traitement et Scolarisation des Enfants Autistes ou atteints de Troubles de la Communication similaires] est une méthode d'enseignement développée dans les années 1970 en Caroline du Nord. Les repères en sont piagétiens comme l'étaient ceux des psychogenesistes (éducateurs formés par Melle Lepage).

** Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile. Haag et *al.*

*** CPQ : *Child psychotherapy Q-set* (Schneider et Jones - tr. fr. Monique Thurin et Jean-Michel Thurin).

● **JMT -** Catherine, peux-tu nous présenter un peu l'histoire de ton implication dans le champ de l'autisme et ce que tu en as appris ?

Catherine Barthélémy - Cette histoire commence pendant mes études de médecine. J'ai décidé que je serais médecin à l'hôpital. Ma première orientation a été la pédiatrie. Cela implique deux choses : il faut passer du temps, il faut écouter tous ceux qui sont autour de l'enfant et l'observer dans son milieu naturel. Je me suis passionnée pour la neurophysiologie et j'ai appris dans la tradition de la médecine expérimentale que l'observation est très importante. On met en place une observation et les faits ont beaucoup d'importance. Quand un fait apparaît on le prend en compte.

G. Lelord, à l'hôpital universitaire de Tours, était aussi psychiatre et neurophysiologiste. Il m'a fait comprendre qu'il avait approché des enfants que je serais à même d'aider. Je suis ainsi devenue psychiatre d'adultes puis d'enfants en 74-75. Ensuite, cela a été l'approche du trouble psychique et des troubles du comportement, la clinique, les hypothèses sur les mécanismes sous-jacents et le fait qu'au cours du développement, il y a des variantes à prendre en compte et à comprendre.

A l'époque, la psychiatrie de l'enfant naissait. Il y avait des Écoles mais c'était le début de la conceptualisation. Concernant les troubles du développement et l'autisme, il existait différentes références cliniques au niveau international, notamment celles de Kanner et d'Asperger. L'autisme était une forme particulière du fonctionnement des enfants, dans la solitude et attachés à la similitude. Le terme d'autisme a été initialement un emprunt à la psychiatrie adulte avec l'hypothèse qu'il existait peut-être un fond commun, d'où la terminologie de psychose précoce. En même temps, un mouvement commençait à s'amorcer qui était celui de la psychiatrie biologique, avec le souci de mettre en relation des facteurs qui influencent le cerveau et le déclenchement de troubles très précoces. Cette question n'est pas résolue. Au delà, des hypothèses sur les thérapeutiques sont nées. Dans l'école de Tours, on a pensé qu'il était important de se doter d'arguments cliniques et d'outils pour vérifier que les hypothèses étaient valides à partir des faits cliniques.

En reposant que l'enfant avec autisme avait des difficultés à comprendre/percevoir le monde de l'autre, nous les avons installés dans des conditions favorables où ils pouvaient s'exercer à la reconnaissance du monde de l'autre. Contrairement à l'hypothèse selon laquelle l'enfant s'enferme et se protége, notre hypothèse était que l'enfant n'avait pas l'équipement fonctionnel pour décoder de manière globale, agréable, cohérente, les messages émotionnels et sensoriels qui venaient de l'autre, que la perception sociale était troublée. Pour décrire ces phénomènes, il fallait réunir des observations et développer des méthodes pour approcher le fonctionnement sensoriel le plus élémentaire, et rechercher s'il avait des particularités. Les chercheurs et les cliniciens étaient dans les mêmes salles. Les enfants rencontraient en même temps les soignants et les chercheurs.

Tout cela nous a conduit à explorer la physiologie de la réciprocité sociale. Lelord avait démontré l'imitation cérébrale du mouvement. Pour Rizolatti, quand un singe voit l'autre faire un mouvement avec intentionnalité, il développe une motricité empathique. Cette grande partie de la recherche a vécu dans une certaine clandestinité. Le fait de développer des grilles et des questionnaires pour mettre des mots et partager l'information a été taxé de réductionnisme et pire. Cela a été la fameuse échelle ECAR-T. A partir d'un grand nombre d'observations, nous avons fait une analyse factorielle et extrait des signes hautement révélateurs de l'autisme, signes que nous avons retrouvés dans le DSM. Notre attention s'est portée sur des perceptions troublées, comme dans le domaine de l'audition. Nous avons également repéré des troubles de la sphère visuelle (comme si l'humain était transparent). Un des premiers signes est que l'enfant ne réponde pas à la voix humaine et soit captivé par des objets, qu'il explore les objets alors qu'il ne regarde pas le visage.

L'échelle a fait un certain tapage et a été très critiquée. En 1985, cela n'était pas le bon moment, le contexte n'était pas favorable. Le fait que l'on veuille mesurer n'a pas été accepté. C'était l'époque de la psychothérapie institutionnelle et de la psychanalyse. Notre approche a été identifiée à une approche comportementaliste. A cette époque, certaines thérapies comportementales étaient introduites et il s'est produit une espèce de confusion entre évaluation clinique et approche réductrice réduisant le sujet à un objet et à un comportement que l'on va modifier.

L'hypothèse d'une « insuffisance modulatrice cérébrale » proposée par G. Lelord nous a conduits à penser que l'enfant autiste était en « surcharge sensorielle ». L'enfant présente des réactions très paradoxales par rapport au niveau de bruit comme si un réglage des afférences sensorielles était particulier. Il est donc nécessaire de :

- Installer l'enfant dans un endroit où il est au calme ;
- Être disponible : l'enfant, même très handicapé, a toujours un potentiel. L'essentiel de ces enfants manifestant des incapacités où l'on ne voit que ce qui va mal, avaient un potentiel ;
- Permettre réciprocité et échange : ce qui conduit à une mise en résonance sensori-motrice et émotionnelle. Cette séquence initiée par l'enfant, comme mettre 2 cubes l'un sur l'autre étayée par l'adulte (thérapie de jeu socio-émotionnelle).

Les américains (psychiatres et physiologistes de Los Angeles) venaient à Tours. Il y avait des échanges sur l'intérêt d'un diagnostic précoce.

D. Sauvage a réalisé des films familiaux, repérant l'activation des fonctions indispensables (réciprocité précoce) au développement du langage. Plusieurs personnes ont repéré des fonctions pivots, JL Adrien a développé la BECS et la Grille d'activité qui décrit la manière dont l'enfant réagit et s'adapte aux sollicitations de l'environnement.

Au début, l'enfant est dans une situation très sensori-motrice et progressivement, son intérêt, sa capacité d'être en interaction s'accroissent. Il va développer une motricité plus performante et avec l'autre, il marche, saute, etc. Tout ceci va changer les choses, puis le langage va l'inclure, on peut chanter, exprimer des mots, le principal élément d'intérêt est l'autre de façon réciproque.

Après, un poste de maître de conférence, une thèse de science, j'ai eu la chance de pouvoir faire mon stage chez J. Glowinski, A.M. Thierry et J.P. Tassin. J'ai travaillé sur les réseaux neuronaux, la souris émotive et non émotive, le système mésolimbique cortical. Quand on met la souris émotive en situation de stress, elle utilise des quantités très importantes de dopamine (1985-1990). Après avoir été reçue au concours de physiologie, je suis devenue physiologiste et psychiatre. Parallèlement, je suivais les séminaires de S. Lebovici et de L. Kreisler.

JMT - On rencontre de plus en plus d'auteurs qui réduisent la part du psychisme à la portion congrue, pour ne pas dire qu'ils l'éliminent en considérant que les réactions neurophysiologiques de base peuvent expliquer la plupart des manifestations constatées dans des situations de stress, par exemple. Penses-tu que cette approche puisse s'appliquer aux manifestations autistiques ?

CB - Quand on pense l'être humain, la perception de soi est très liée au regard de l'autre et indissociable de l'autre. C'est la base du sentiment d'existence.

On est capable de parler de soi, de ce que l'on ressent et de se projeter dans le futur. Le langage est indispensable dans le rapport à l'autre. Même le journal intime est adressé à l'autre. Penser sur soi, se projeter font partie du psychisme.

On ne peut pas réduire le psychisme à des fonctions, dans le projet de l'autre. Quand on soigne, on est forcément embarqué dans une histoire à deux, de psychisme à deux.

JMT - Qu'attends-tu du réseau ?

CB - Une mise en lien de personnes qui sont intéressées à des projets dans le même champ avec des hypothèses différentes et une boite à outils différente.

Une question est posée : l'évaluation des psychothérapies, c'est un défi difficile à relever. Il faut se réunir pour relever ce défi. Prendre de la distance pour critiquer ce que l'on fait, c'est à ce niveau que le réseau est très intéressant.

Mais c'est aussi une valeur pédagogique. Il y a des praticiens de différents âges, la position des jeunes est très intéressante, le mélange est très positif. Les marqueurs sont imparfaits et c'est difficile. On a toujours centré sur l'enfant, le CPQ fait apparaitre ce qui se passe chez le thérapeute, c'est une technologie nouvelle. Ce partage des points de vue et des pratiques, cette mise en lien transgénérationnelle sont très intéressantes quoi qu'il en soit.

Chacun doit garder sa spécificité dans cette entreprise. Il ne faudrait pas que l'on perde son art. La confusion est toujours mauvaise. Que chacun garde la richesse et l'authenticité de sa pratique ●

Rappel méthodologique des études

Au cours des différentes réunions du comité de pilotage du pôle autisme, la méthodologie s'est précisée et les outils ont été définitivement sélectionnés. Les éléments déterminant cette sélection ont été la facilité d'utilisation des instruments en pratique clinique et leur correspondance avec les indicateurs de diagnostic, de développement et de processus nécessaires à l'étude.

Les évaluations auront lieu dans 2 cadres bien différenciés : 1/ celui des centres diagnostiques avec les passations en pré-post ; 2/ celui de l'espace clinique (*cf* tableau ci-dessous).

Nous allons présenter brièvement, les quatre outils utiles dans les études. D'abord, la formulation de cas, ligne de base de l'évaluation de la psychothérapie de l'enfant. Ensuite L'ECAR-T, la GRCEEAI et le CPQ. Nous indiquerons les références des outils passés en centres diagnostiques et les liens pour accéder à leur présentation, puis nous donnerons quelques informations pour démarrer les études.

Indicateurs et instruments dans le cadre des études des patients autistes

Indicateurs de fonctionnement - Autonomie - Gravité des symptômes - Malaise, angoisse et détresse subjective - Isolement - Conséquences de l'état de l'enfant sur l'entourage - Qualité de l'attention, de la communication, des interactions et des relations interpersonnelles - Exploration de l'espace et des objets, nature et diversité des intérêts de l'enfant - Expression, partage et tolérance émotionnels - Utilisation par l'enfant de ses capacités notamment dans le jeu, l'apprentissage et le langage - Sens de l'humour - Résolution de problème et capacité d'adaptation.	**Instruments de diagnostic, fonctionnement et développement** Évaluation des comportements autistiques (ECAR-T. Lelord et Barthelemy) (début, 3, 6, 12 mois), Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile (GRCEEAI. Haag et *al.*) (début, 3, 6, 12 mois), **Modérateurs** - Age, genre - Expérience praticien (style ?), plateau technique et services - Nbre séances /semaine, traitements associés - Régimes alimentaires - Conditions de vie
Indicateurs de processus - Représentation de soi, - Conflictualité psychique - Alliance thérapeutique - Implication dans la thérapie - Mécanismes de défense et aptitudes d'ajustement ; modalités réactionnelles - Action thérapeutique	**Instruments de processus** Questionnaire de configuration psychothérapique (CPQ. Schneider C. Jones E., 2006. (tr. fr. M & JM Thurin) (3, 6, 12 mois) *En tests préalables et post :* ADI-R ou CARS, SCENO TEST, BECS ou WISC

Présentation des outils du pôle autisme

http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/autisme50908.html

● Formulation de cas (FC) en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent *(Jean-Michel Thurin)*

La formulation de cas est un outil conceptuel et clinique majeur qui peut être également utilisé comme outil de recherche dans les études de résultats et de processus en psychothérapie.

Plusieurs terminologies rendent compte de ce concept : Formulation clinique de cas, Formulation diagnostique, Formulation de cas en psychothérapie, Conceptualisation de cas.

Définitions

De nombreuses définitions ont tenté d'appréhender la complexité du contenu et du processus de construction de la FC. En voici trois :

- Une formulation de cas est le processus d'utilisation de cadres théoriques solides pour, d'une part, organiser les données d'entretien, les données d'observation et les données d'évaluation (psychologique, psychiatrique et/ou psychosociale), et d'autre part, formuler des hypothèses qui peuvent expliquer la dynamique fondamentale d'un problème actuel, afin de construire un plan de traitement basé sur des forces appropriées (Nelson et Hastie).

- C'est un processus intégratif de synthèse des facteurs complexes en interaction impliqués dans le développement des problèmes présentés par le patient. Sur cette base, un ensemble d'hypothèses est généré à propos de l'étiologie et des facteurs qui perpétuent ces problèmes. Il prend en compte les forces et les aptitudes de l'enfant et de sa famille qui peuvent aider à identifier des approches thérapeutiques potentiellement efficaces et traduit le diagnostic en interventions thérapeutiques spécifiques et individualisées (Winters 2007).

- Une formulation biopsychosociale est une tentative de travailler une hypothèse développée en collaboration avec l'enfant et sa famille. Elle tente d'expliquer les facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels qui se sont combinés pour créer et maintenir le problème clinique de l'enfant et ceux qui favorisent son meilleur fonctionnement psychologique. C'est un guide individualisé pour la conception et la sélection du traitement. Il sera changé, modifié ou amplifié au fur et à mesure que le clinicien en saura plus sur les forces et les besoins de l'enfant et de sa famille (Commission psychothérapie de l'APA).

Différence entre FC et diagnostic catégoriel (DSM, CIM)

Dans le DSM, l'existence (ou la disparition) d'un trouble repose sur l'objectivation d'un ensemble de symptômes en relation à un diagnostic établi. La réponse est globale (0 ou 1) et ne renseigne pas sur les différences individuelles. D'autre part, bien qu'en principe « athéorique », ce diagnostic se rapporte au concept de maladie et n'apporte pas d'éléments précis sur une autre nature du problème. Sa construction conduit à l'application d'une technique standardisée à dose établie en vue d'un résultat centré sur les symptômes.

La formulation de cas apporte davantage de précision et une perspective dimensionnelle (les problèmes sont abordés dans une continuité du normal au pathologique). Elle comprend une recherche étiologique (compréhension des causes sous-jacentes) et prend en compte les dimensions intra et interindividuelles du trouble. Elle ouvre sur des objectifs et une stratégie d'action individualisés.

Cadre de la formulation de cas

La FC est une formalisation de la démarche clinique. A ce titre, tout en restant ouverte à une multi causalité, il est important de veiller à ce qu'elle ne devienne pas une « usine à gaz » qui comprendrait tellement d'éléments qu'elle serait inutilisable dans la pratique. Ses éléments sont organisés de façon à dessiner une configuration permettant de relier l'observation, les hypothèses causales et l'action thérapeutique.

FC et modèles psychothérapiques

La formulation peut se décliner, suivant les approches, en formulation psychodynamique, communicationnelle, cognitivo-comportementale, biopsychosociale (facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels) ou pluraliste (prenant en compte plusieurs modèles théoriques). Cette distinction permet de préciser les relations entre les hypothèses étiologiques et les objectifs de chaque approche relativement au cas suivi.

Différentes FC ont été élaborées pour répondre aux spécificités des différentes approches quant aux inférences causales qu'elles proposent et aux objectifs qu'elles poursuivent pour répondre aux problèmes qu'elles traitent.

Un aperçu peut en être donné par le tableau suivant.

Approche	Inférences causales	Objectifs
Systémique	Influence de l'environnement, notamment familial, sur le comportement de l'enfant.	réduire les dysfonctionnements et améliorer l'économie du système familial.
Psychodynamique	Les crises d'angoisse et de rage et les stéréotypies qui les accompagnent traduisent des pertes des repères et d'identité, elles-mêmes liées à une carence de la représentation de soi.	Être attentif à l'enfant, interpréter ses états, contenir ses angoisses et ses violences pour l'aider à se construire et se représenter en relation à l'autre. Décrypter le langage pré verbal.
Communicationnelle	L'enfant n'a pas l'équipement fonctionnel pour décoder les messages émotionnels et sensoriels qui viennnent de l'autre.	Aménager le cadre, améliorer les fonctionnalités déficientes par une facilitation des échanges et une mise en résonance sensori-motrice et émotionnelle entre l'enfant et l'adulte par le jeu.

Comment organiser la formulation de cas ?

Horowitz a proposé en 1987 un plan général qui reste très actuel et peut être ajusté à l'âge et à la pathologie rencontrée. Il correspond à un processus d'investigation clinique courant. Appliqué à l'enfant, il se présente de la façon suivante :

1. Problèmes de l'enfant, leur place dans le contexte de sa situation de vie actuelle, de son histoire et de son développement (symptômes et comportements les plus manifestes, éléments précipitant, facteurs prédisposant les plus significatifs de l'histoire personnelle, étendue et qualité des relations interpersonnelles, niveau de développement, autonomie et handicap).

2. Facteurs non dynamiques qui peuvent avoir contribué à son problème (génétiques, périnataux, sociaux, pathologies,...) et/ou qui constituent des éléments favorables.

3. Intégration synthétique des données disponibles ouvrant à une interprétation des facteurs précipitant et des influences qui maintiennent les problèmes de l'enfant.

4. Première définition des buts (p.e., réduction de l'angoisse, aménagement d'une relation interpersonnelle et construction d'un espace psychique, développement des aptitudes dans différents domaines), des objectifs intermédiaires (p.e., jeu et étayage, contenance dans les états de rage et d'angoisse,...) de la psychothérapie et de la stratégie pour les atteindre.

La formulation de cas décrira également les principaux modérateurs : articulation du cadre thérapeutique avec l'ensemble du suivi de l'enfant autiste ; relations avec la famille et engagement d'un travail régulier ; contenus de la prise en charge institutionnelle ; contacts avec structures thérapeutiques et accompagnants ; intégration scolaire et activités de loisirs (d'après Haag et Amy, CIPPA).

La formulation initiale est destinée à évoluer régulièrement. C'est l'occasion de suivre les changements, de réfléchir à la pertinence des hypothèses et d'en générer éventuellement d'autres ; de définir les approches correspondantes ; de situer les obstacles potentiels et les aires de résistance.

En résumé, la formulation de cas est un outil clinique, thérapeutique et intégratif qui permet de traduire le diagnostic en approche spécifique, connecte les théories de la psychothérapie à la pratique et permet leur application à un patient particulier. Elle accorde les principes scientifiques et la compréhension du caractère unique de la personne en thérapie.

Quelques références bibliographiques

Nelson A & Hastie M. Teaching the Art of Case Conceptualization. Austin Child Guidance Center (Texas).

Perry S, Cooper AM, Michels R. The psychodynamic formulation: its purpose, structure, and clinical application. *Am J Psychiatry*, 1987;144(5):543–50.

Sim K, Gwee K et Bateman A. Case Formulation in Psychotherapy: Revitalizing Its Usefulness as a Clinical Tool. *Academic Psychiatry* 2005 ; 29(3) : 289-292.

Winters NC, Hanson G, Stoyanova V. The Case Formulation in Child and Adolescent Psychiatry. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am,* 2007 ; 16 : 111–132.

Étapes de la formulation de cas dans le réseau

A partir des informations réunies (entretiens avec les parents et l'enfant, les parents seuls et l'enfant seul).

Chaque participant du groupe de pairs (GP) établit

• la plainte principale, les principaux symptômes et problèmes, leur sévérité, leurs contextes de déclenchement, leurs effets sur l'enfant et sa famille, le fonctionnement de l'enfant dans les principaux domaines de la vie, les aspects positifs sur lesquels s'appuyer ;

• une ou plusieurs hypothèses sur la façon dont les différents facteurs interagissent dans la situation actuelle et les causes fonctionnelles et/ou structurelles auxquelles les difficultés et les troubles peuvent être associés ;

• les objectifs thérapeutiques et la stratégie pour commencer à les atteindre.

Le clinicien de l'enfant rédige une formulation initiale suivant le plan en quatre points présenté précédemment. Il y associe les informations de base telles que les variables démographiques, les résultats de la première évaluation avec les instruments, les modérateurs et la CIM 10.

La formulation est discutée et validée par le GP. La discussion inclut la façon dont les différentes interventions vont se situer dans le temps et le pronostic. Il est essentiel de créer un climat de non jugement dans lequel toutes les idées de formulation sont acceptables et perçues comme ayant un intérêt.

▶ Instruments d'évaluation que le psychothérapeute et les membres de son groupe de pairs utilisent, à partir des notes de séance, pour préciser les éléments cliniques et de processus.

● ECAR-T : Évaluation des comportements autistiques (version révisée) de G. Lelord et C. Barthélémy

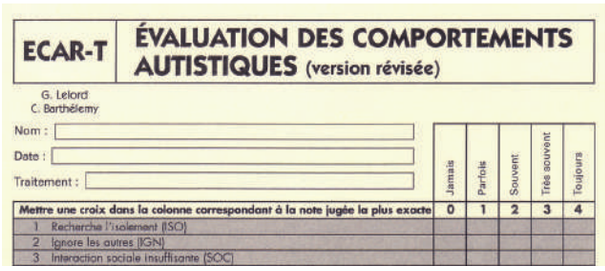
Cette échelle a été validée dans le service de pédopsychiatrie de Tours. Elle comporte 29 items cotés de 0 à 4 en fonction de leur fréquence d'apparition. Elle permet d'explorer l'enfant autiste dans différents domaines de son comportement : retrait social, troubles de la communication verbale et non verbale, adaptation aux situations environnementales, troubles du tonus, motricité perturbée, réactions affectives, troubles des grandes fonctions instinctives, troubles de l'attention, des perceptions et des fonctions intellectuelles. Elle indique, pour les différents comportements observés, les variables spontanées au cours du temps et les améliorations induites par les thérapeutiques et les rééducations.

A partir des cotations régulières de l'échelle, des profils symptomatiques sont obtenus pour un enfant. Ce profil peut être suivi sur plusieurs mois. Il est possible d'analyser l'évolution de ce profil, symptôme par symptôme, en tenant compte des différents facteurs qui ont éventuellement influencé cette évolution.

Les données quantifiées recueillies à partir de l'échelle sont par ailleurs utilisables en tant que variables cliniques pour la recherche d'éventuelles relations avec d'autres variables. Il est ainsi possible de suivre l'évolution de la « déficience relationnelle » et de « l'insuffisance modulatrice » à partir de scores récapitulatifs spécifiques (*cf.* ci-dessous).

Items de l'insuffisance modulatrice :

11. intolérence aux changements, à la frustration
13. agitation, turbulance
16. hétéro-agressivité



ECAR-T ÉVALUATION DES COMPORTEMENTS AUTISTIQUES (version révisée)

G. Lelord
C. Barthélemy

Nom :
Date :
Traitement :

Mettre une croix dans la colonne correspondant à la note jugée la plus exacte	0 Jamais	1 Parfois	2 Souvent	3 Très souvent	4 Toujours
1 Recherche l'isolement (ISO)					
2 Ignore les autres (IGN)					
3 Interaction sociale insuffisante (SOC)					

● Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile. Haag G., Tordjman S., Duprat A., Cukierman A., Druon C., Jardin F., Maufras du Châtellier A., Tricaud J., Urwand S.

Cette échelle permet de suivre le développement de l'enfant autiste dans sept dimensions au cours de cinq étapes évolutives : expressions émotionnelles dans la relation, regard, image du corps, langage verbal, exploration de l'espace et des objets, repérage temporel, manifestations agressives. L'axe théorique sous jacent est que la constitution de l'image du corps est au coeur de la situation subjective et de sa symbolisation. La relation à l'environnement et à l'autre peut être abordée à partir de l'évolution du regard, du langage, de l'exploration et des manifestations agressives.

La cotation, de 0 à 4 des propositions, est à l'appréciation du clinicien en termes d'importance (intensité, fréquence, signification, confondues).

Les cinq étapes évolutives observées sont les suivantes : état autistique sévère, étape de récupération de la peau, réduction du clivage vertical, réduction du clivage horizontal, individuation.

Un exemple de ces échelles d'évolution et des indicateurs qu'ils appréhendent peut être donné à partir des expressions émotionnelles dans la relation au cours des deux premières étapes et de l'étape cinq.

I. Etat autistique sévère :

• Recherche de sensation
• Crise de rage
• Hypersensibilité de type très primitif à l'état émotionnel ambiant

II. Etape de récupération de la peau

• Lien émotionnel dans les couleurs, la musique
• Conduites de grattage/arrachage
• Crises de rage
• Attaques possessives du visage
• Alternance de jubilation et de crainte...

V. Etape d'individuation

• La mutualité s'améliore avec recherche plus assurée de vrais échanges relationnels
• Moments de vraie tendresse possible, avec souci de l'autre
• Possibilité de colères violentes (type deuxième année de la vie)
• Phase plus ou moins longue de rivalité à l'égard des *ego* ou plus petits
• Manifestations de rivalités oedipiennes

Expression émotionnelles dans la relation au cours des étapes I, II et V

● Questionnaire de configuration psychothérapique (version enfant). (Schneider & Jones, 2006 ; traduction française autorisée, M & JM Thurin)

Le *Child Psychotherapy Q-set (CPQ)* est une extension du *Psychotherapy process Q-set* de Jones et *al.* (1985). Il a été élaboré au cours de plusieurs années avec un panel de cliniciens se référant à différentes théories.

Le CPQ constitue un langage commun pour décrire et classer le processus de la thérapie à partir de 100 items. Chaque item est conçu pour être observable, éviter les références à une théorie spécifique. Il est destiné à être en grande partie neutre et à pouvoir être utilisé pour n'importe quelle thérapie. Le CPQ permet de représenter un éventail d'interactions thérapeutiques et notamment de caractériser systématiquement l'interaction thérapeute-patient.

L'évaluation se fait à partir de séances entières (notes extensives, éventuellement complétées d'enregistrements audio), ce qui offre une grande possibilité de cerner les éléments importants et de mieux évaluer leurs effets dans le processus de la thérapie. Le but général de l'instrument est de fournir un index significatif du processus thérapeutique qui puisse être utilisé dans des analyses comparatives ou pour des évaluations pré et post thérapies.

Le CPQ utilise la méthodologie du tri forcé qui conduit à retrouver un nombre d'items définis dans chacune des 9 catégories qui vont du plus caractéristique (+4), au moins caractéristique (-4), en passant par une case neutre (0) (cf. tableau).

C	1	2	3	4	5	6	7	8	9
V	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
Nb	5	8	12	16	18	16	12	8	5

C = catégories, V = valeur (moins caractéristiques, neutre, plus caractéristiques), Nb = nombre d'items dans chaque catégorie.

Chacun des items est accompagné d'un commentaire pour faciliter la cotation.

Le CPQ comprend trois types d'items :

1. Les éléments décrivant les attitudes, les sentiments, le comportement ou l'expérience de l'enfant.

2. Les éléments décrivant les actions et les attitudes du thérapeute.

3. Les éléments portant sur la nature des interactions au sein de la dyade, le climat ou l'atmosphère de la séance.

Exemples des différents types d'items :

1er type : Item 40. L'enfant communique de façon inaffective.

• Placer vers caractéristique si l'enfant parle ou rapporte des informations de façon monotone ou inaffective.
• Placer vers non caractéristique si la communication de l'enfant est chargée d'affect. Par exemple, l'enfant exprime différents affects suivant un éventail varié de tonalités, de caractères imagés ou de postures.

2ème type : Item 12. Le thérapeute mime des émotions implicites ou non élaborées .

• Placer vers caractéristique si le thérapeute utilise ses propres affects et sa tonalité émotive quand il aborde les états émotionnels de l'enfant. Par exemple, quand l'enfant décrit sans sentiment l'enterrement d'un animal aimé familier, le thérapeute dit tristement « Cela me fait vraiment de la peine, comme si j'allais pleurer ».
• Placer vers non caractéristique si le thérapeute répond aux émotions implicites ou non élaborées de l'enfant par des formulations conceptuelles ou explicatives. Par exemple, quand l'enfant discute la perte d'un animal familier sur un mode inaffectif, le thérapeute dit « Je pense que vous êtes triste ».

3ème type : Item 16. Il y a discussion ou témoignage des fonctions corporelles (par exemple, bruits d'intestin).

• Placer vers caractéristique s'il y a discussion ou évocation à travers le jeu des fonctions corporelles. Les fonctions corporelles peuvent inclure la miction, les mouvements d'intestin, ou la fonction des organes sexuels.
• Placer vers non caractéristique si l'examen des fonctions corporelles est activement évité, ou non discuté quand ce thème émerge dans le jeu ou le comportement. Par exemple, l'enfant demande à être excusé pour utiliser les toilettes deux fois pendant la séance, et le thérapeute ne relève pas cet événement.

Il existe trois ordres de cotations :

• **Caractéristique** = présence d'éléments caractéristiques selon définition.

• **Neutre** = non pertinent ou sans importance dans la séance.

• **Non caractéristique** = absence d'un comportement ou d'une expérience remarquable.

Les évaluateurs sont parfois incertains pour placer un item dans la catégorie neutre, ou dans la catégorie « non caractéristique ». Un élément devrait être placé dans la catégorie neutre quand il est vraiment **non pertinent** ou **sans importance** dans le contexte clinique actuel. Un placement plus extrême (-3 ou -4) dans le « non caractéristique » signale que **l'absence** d'un comportement ou d'une expérience particulière **est remarquable**. En d'autres termes, un événement dont il serait important de noter l'absence afin de réaliser une description plus précise de la séance devrait être classé dans la catégorie « non caractéristique » plutôt que « neutre ».

Un logiciel permet de faire une cotation informatisée qui facilite le travail et en réduit le temps. La cotation de chacun des pairs est insérée dans un document word pour la validation en commun. La version validée sera conservée dans une base de données, ce qui permettra l'analyse ultérieure du processus et son éventuelle comparaison avec celui de cas analogues. *(Monique Thurin)* ●

▶ Instruments d'évaluation en pré et post psychothérapie passés en centres diagnostiques. Insérés dans les modérateurs, ils sont conseillés mais non obligatoires.

Ces instruments ont été présentés par Romuald Blanc, Laurence Robel et Hélène Suarez-Labat, lors de la Journée du 5 septembre 2008 et sont disponibles sur le site du réseau à l'adresse suivante :

http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/autisme50908.html

● BECS ● WISC ● SCENO TEST ● CARS ● ADI-R

Suite Edito de Bernard Golse

sente, on s'en doute, une démarche très innovante dans ce type de recherches.

Selon les cas, le traitement évalué sera de type psychothérapeutique individuel de référence psychanalytique, ou de type pédagogique ou rééducatif spécialisé voire de type institutionnel, mais dans tous les cas, les approches conjointes non visées en tant que cible primaire par le processus d'évaluation, se trouveront cependant prises en compte au titre de « modérateurs ».

Je suis actuellement frappé par l'intérêt des collègues psychothérapeutes-psychanalystes libéraux qui ont rejoint ce groupe, et j'y vois un signe important et rassérénant quant à un changement en profondeur du climat conceptuel, changement qui ne peut être que de bon augure.

Bien évidemment, la fenêtre choisie d'une année d'observation, et d'une année seulement, nous interroge quant à ce qui pourra être perçu des facteurs spécifiques de changement sur un laps de temps aussi court.

Il y a là une dimension de challenge, mais d'un challenge qu'il était impossible de ne pas relever compte tenu des enjeux scientifiques, économiques et politiques actuels, fort bien soulignés par D. Houzel dans le numéro précédent de cette revue, et j'ai personnellement le sentiment que la roue tourne et va tourner dans le bon sens ! ●

* Pédopsychiatre-Psychanalyste / Chef du service de Pédopsychiatrie de l'Hôpital Necker-Enfants Malades (Paris) / Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université René Descartes (Paris 5) / Inserm, U669, Paris, France / Université Paris-Sud et Université Paris Descartes, UMR-S0669, Paris, France / LPCP, EA 4056, Université Paris Descartes / CRPM, EA 3522, Université Paris Diderot / Membre du Conseil Supérieur de l'Adoption (CSA) / Ancien Président du Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles (CNAOP) / Président de l'Association Pikler-Loczy de France.

1. Autism Diagnostic Interview / 2. Children Autistic Rating Scale / 3. Évaluation des Comportements Autistiques Révisée / 4. Child Psychotherapy Q-set.

Conférence internationale

Innovative Research In Autism 2009
les 15 au 17 avril 2009 au Centre des Congrès Vinci à Tours.

Cette conférence devrait réunir environ 300 scientifiques français et étrangers spécialistes de l'autisme.

Visitez le site http://www.iria2009-tours.fr
pour les inscriptions et la soumission des abstracts.

CHRU Hôpitaux de Tours — Instituts thématiques Inserm — Université François-Rabelais Tours

Under the patronage of Société des Neurosciences

Informations pour démarrer les études

1. Être inscrit au réseau : en faire la demande et avoir rempli la fiche d'information (la demander par mail à mthurin@techniques-psychotherapiques.org).

2. Inclure un enfant dans les études pour un suivi psychothérapique évalué pendant une année.

3. S'organiser en groupe avec deux pairs qui suivent également un enfant qu'ils incluent dans les études. Les évaluations des trois enfants sont réalisées par chaque membre du groupe de pairs. Elles sont faites individuellement et validées en groupe.

4. Au moment de l'inclusion d'un enfant : **envoyer un e.mail à Monique Thurin** afin qu'elle vous donne un code pour ce patient et un code d'identification pour vous-même (anonymisation des données cliniques).

5. Lors de l'envoi de ce code MT, vous adressera également le livret d'évaluation pour vous aider à suivre la méthodologie.



Le coffre à outils des membres du réseau

http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/BoiteOutils.html

Vous venez de vous inscrire au réseau, ou passez à une nouvelle étape de votre étude, vous recherchez une information, un instrument. Cette page va vous aider.

Méthodologie générale du réseau

- Présentation : B Falissard
- Le projet complet : PLR 55
- Méthodologie générale des études intensives des cas : JM Thurin
- Présentation détaillée de la méthodologie et de son application en pédopsychiatrie : JM Thurin
- Questions sur la méthodologie (1) : PLR 56
- Groupes de pairs - diapo
- Communication - skype - quicktime (mac / windows)- realplayer (mac OS 10.4 + / windows) - rss (pour les macs)
- Comment commencer ?

Pôle borderline

- Méthodologie des études de cas borderline : MC Cabié (Niveau 1), MC Cabié (Niveau 2)
- Formulation de cas borderline : JM Thurin
- Etude des processus des actes impulsifs : JM Thurin
- Instruments : ESM : M Thurin (Niveau 1), M Thurin (Niveau 2) - J Louys , Échelle Santé-Maladie -
- Instruments : EFP : JM et M Thurin (Niveau 1), F Sauvagnat, Échelles psychodynamiques de fonctionnement
- Instruments : PQS : M Thurin (Niveau 1), M Thurin (Niveau 2) - découvrir le PQS en ligne - tester la passation

Pôle autisme

- Méthodologie des études de cas autisme : G Haag (Niveau 1)
- Formulation de cas autisme : JM Thurin
- Modérateurs et médiateurs dans la prise en charge de l'autisme : G Haag
- Instruments - ECAR T: C Barthélémy
- Instruments - GRCEEAI : G Haag
- Instruments - CPQ : M Thurin
- Instruments de complément diagnostic : CIM 10, CARS ou ADI-R, SCENO TEST, BECS ou WISC

Pôle Alzheimer

- Méthodologie des études de cas Alzheimer
- Formulation de cas Alzheimer
- Instruments :

Vous n'avez pas trouvé la réponse à votre question ?

Retenez sur votre agenda la Journée d'étape du 5 décembre 2008
Elle réunira l'ensemble des participants du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques et fera un point sur l'avancée des travaux.

Suivez l'information sur le site du Réseau
http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/

FFP — FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

POUR LA RECHERCHE

ffp@internet-medical.com
tel : 01 48 04 73 41 - fax : 01 48 04 73 15

Remerciements

☐ A la *Direction Générale de la Santé*
dont la subvention permet l'édition de ce bulletin.

☐ *A l'A.F.P.*, à la *S.I.P., la S.F.P.E.A. et au C.N.U.P.*, pour leur soutien actif à la diffusion des abonnements.

Tirage 1200 exemplaires - ISSN : 1252-7695

ABONNEZ-VOUS !

Adressez avec vos Nom, prénom et adresse un chèque libellé à l'ordre de la FFP,
de 28 € (France), 32 € (Institutions), 40 € (étranger)

(4 numéros - abonnement 2009)
à

Fédération Française de Psychiatrie
Bâtiment B - Hôpital Sainte Anne
1, rue Cabanis - 75014 PARIS

*Secrétaire de rédaction et maquette : **Monique Thurin***

Impression : ARTHEO